

DE
L'HYPERTROPHIE CONGÉNITALE
DU
COL VÉSICAL

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 10 Décembre 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

ROIZENBOIM (David)

né le 29 Septembre 1912, à Bairamcêa (Roumanie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. ANDRÉ, Professeur	Président.
		FRÉLICH, Professeur	Juges.
		BINET, Agrégé	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935

DE
L'HYPERTROPHIE CONGÉNITALE
DU
COL VÉSICAL

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 10 Décembre 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

ROIZENBOIM (David)

né le 29 Septembre 1912, à Bairamcêa (Roumanie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. ANDRÉ, Professeur	Président.
		FRÉLICH, Professeur	Juges.
		BINET, Agrégé	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; WEISS, O *, I *;
BOUIN, O *, I *; ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *;
P. PARISOT, O *, I *; DUFOUR, *, I *; G. THIRY, *, I *.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I *
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I *
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRELICH, *, I *
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHHNSHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A *, I *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSE, *, I *
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I *
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I *
	M. WATRIN, *, I *

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, *, I *, professeur
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I *, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I *, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I *, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, *, I *, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, A *, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A *, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A *	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A *
FLORENTIN.	MELNOTTE, O *	ABEL, *, A *
BODART.	MUTEL, *, I *	DROUET, A *
CHALNOT.	VERMELIN, *, A *	SIMONIN, A *
WOLFF.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, *, I *; S. RÉMY, I *; BUSOUEY, I *;
M. FAIRISSE, I *; BINET, *, I *; BARTHÉLEMY, *, I *; LAMY, *, I *.

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MES CHERS PARENTS

A MON ONCLE JACQUES

A MA TANTE SONIA

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

Meis et amicis

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR ANDRÉ

Professeur de Clinique de Chirurgie urinaire
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette thèse. Nous le prions de
trouver ici le témoignage de notre grande
admiration et de notre vive reconnais-
sance.*

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR FRÉLICH

Professeur de Clinique de Chirurgie infantile et d'Orthopédie
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

Chargé de cours de Clinique gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

INTRODUCTION

Souvent on trouve chez des adultes très jeunes et même chez des enfants un syndrome caractérisé par toutes les manifestations fonctionnelles de l'hypertrophie de la prostate, sans qu'existe aucun symptôme physique de l'hypertrophie; à ce syndrome de dysurie, de rétention on a donné l'épithète de « prostatisme vésical », « prostatisme sans prostate » « maladie du col ».

En raison de l'âge auquel débudent les manifestations qui gênent les malades, de l'absence de lésions constatées au microscope, de la coexistence d'autres malformations vésicales, on peut penser que c'est une malformation congénitale du sphincter vésical, constituée par une hypertrophie de ce sphincter, analogue à celle qui existe du côté du sphincter pylorique.

Le sujet de ce travail nous a été suggéré par notre Maître, M. le professeur ANDRÉ, à la suite d'une intéressante observation à la clinique des voies urinaires.

Nous divisons notre travail en plusieurs chapitres :

Dans le premier chapitre, nous donnons un aperçu historique du présent syndrome.

Le second chapitre est consacré aux observations recueillies dans le service des voies urinaires et dans la littérature médicale.

Le troisième chapitre traite l'étude anatomo-physiologique du col de la vessie, l'anatomie normale, la physiologie, anatomie pathologique et la pathogénie.

Dans le quatrième chapitre nous exposons l'étude clinique de la maladie du col, la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic.

Nous étudions enfin le traitement.

Viennent ensuite les conclusions tirées de cet étude.

HISTORIQUE

Depuis longtemps les urologues ont cherché à expliquer les causes des dysuries et des rétentions n'ayant pas une origine nettement déterminée.

En 1834, GUTHRIE dans un article intitulé *On the barre of the Neck of the Bladder*, signale que des rétentions pouvaient être provoquées par des valvules du col de la vessie ; mais ces valvules étaient signalées chez des malades âgés, et il s'agissait sûrement d'une hypertrophie de la prostate.

En 1844, MERCIER décrit les valvules du col et les met en cause, des rétentions, en se basant sur le fait qu'il les a trouvés chez des sujets jeunes.

En 1886, THOMSON signale des rétentions par obstacle, consistant en une hypertrophie des faisceaux musculaires du col à la suite d'irritation persistante.

En 1887, GUYON décrit le « Prostatisme sans prostate », ensemble de troubles analogues à ceux de l'hypertrophie de la prostate et provoqués par une atonie primitive de la vessie.

En 1902, MOTZ et ARRÈSE soutiennent que l'atonie vésicale, chez les prostatiques sans prostate, n'est pas occasionnée par le mauvais état des tissus musculaires, car la quantité des fibres musculaires de la vessie n'est pas diminuée.

En 1905, les Américains CHETWOOD et KEYES rattachent ces dysuries à une contracture du col, cette contracture n'étant qu'un rétrécissement localisé au col de la vessie.

M. MARION, en 1913, attire l'attention sur les petits adénomes, qui n'étaient reconnus à l'exploration ni par le toucher rectal, ni par la cystoscopie.

LEGUEU, décrit ce qu'il appelle la «maladie du col», caractérisée par l'hypertrophie de tous les éléments muqueux, glandulaires et fibreux qui constituent le col vésical.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(A la clinique des voies urinaires.
Service de M. le professeur ANDRÉ)

M. R. A..., 46 ans, vient pour des difficultés d'uriner qui remontent à très longtemps. Même étant jeune, il urinait lentement et difficilement avec un petit jet.

Ces difficultés n'ont fait qu'augmenter avec l'âge et, dans ces derniers temps, sont devenues de plus en plus considérables.

A partir du mois d'août les urines sont devenues troubles. Au mois d'août, à la suite d'un grand voyage en auto (1.200 km.) en deux jours, il a été pris de rétention presque complète. Mictions incessantes, très difficiles, n'aboutissant qu'à l'expulsion d'une très petite quantité d'urine chaque fois.

Depuis lors, les mictions sont restées fréquentes et difficiles.

Depuis dix ans il se relevait 1 à 2 fois la nuit.

Le cathéterisme évacue une rétention de 300 gr. d'urine trouble. Le cathéterisme est difficile et nécessite l'emploi du mandrin. Il y a un obstacle situé très loin, immédiatement avant d'entrer dans la vessie. De plus la sonde n° 20, lorsqu'elle est passée, est serrée, lorsqu'on la mobilise.

Au cystoscope, rien d'anormal dans la vessie sauf cellules et colonnes. Au toucher rectal, prostate plutôt petite, de consistance normale. L'épreuve de la phénol-sulfone-phtaleïne nous donne 58 % d'élimination.

La constante uréo-sécrétoire est de 0,090.

Le 12 novembre 1934, on fait une cystostomie large. On constate que le col vésical est très petit, ne fait aucune saillie sur la paroi vésicale voisine, et ne peut admettre l'extrémité de l'index. Il admet tout au plus l'extrémité d'une pince courbe. Il y a manifestement une atrésie considérable du col, de nature évidemment congénitale. Avec le bistouri, on circonscrit le col en passant à environ 1 1/2 cent. tout autour. puis en s'aidant de pinces à griffes et de ciseaux, on enlève de la surface vers la profondeur une certaine quantité de tissus, assez résistants à la section, jusqu'à une profondeur d'environ 2 cent. creusant une petite cavité dont l'ouverture dans la vessie a environ 2 cent. de diamètre. On tamponne cette cavité avec une petite mèche. On draine la vessie avec un drain de Marion n° 40, autour duquel on renferme la vessie. Le drain est fixé à la place par un point de suture.

A noter qu'une fois la vessie ouverte on a examiné par le toucher rectal combiné au palper intra-vésical la région du col et qu'on n'a constaté entre les deux doigts aucune épaisseur de tissus. C'est à peine si les deux index sont séparés par un petit cent. La prostate est donc plus petite qu'une prostate normale.

Le 19 novembre on enlève la mèche.

Le 21 novembre, on enlève les fils.

Le 24 novembre, on met une sonde urétrale à demeure et on supprime le drain sus-pubien.

Le 3 décembre, le malade commence à se lever.

Le 8 décembre, vessie fermée, on enlève la sonde. La plaie de la paroi n'est pas encore fermée.

Le 10 décembre, le malade s'en va avec sa sonde qu'il gardera 15 jours.

Le 27 décembre, il revient bien cicatrisé. On enlève la sonde.

Le 29 décembre, le cathétérisme après mictions, montre que la vessie se vide complètement. Du reste, le malade urine facilement. Il fera encore une série d'instillations, les urines étant encore un peu troubles.

OBSERVATION II

(Par Paul BOURGEOIS, assistant bénévole
au service d'urologie de l'Hôpital Notre-Dame
L'Union Médicale du Canada, tome LXII, mars 1933, n° 3)

M. Hervé A., 19 ans, employé de manufacture, nous est adressé par un de nos collègues vers la mi-juin -932. C'est un garçon d'aspect général excellent et c'est avec étonnement, que nous l'écoutons raconter ses malaises.

Depuis l'âge de 12 ans, il accuse de la difficulté à la miction accompagnée d'augmentation des fréquences et de nycturie. Il s'éveille le matin avec des besoins impérieux, qui ne sont que partiellement soulagés par des efforts intenses pour amorcer l'évacuation de sa vessie. Cependant, la dysurie est plutôt initiale et matinale et, dans le cours de la journée, les troubles s'amointrissent. Il lui arrive fréquemment au cours de son travail de ressentir au bas-ventre une vague lourdeur, aggravée par une constipation passagère. Ces jours-là, dit-il, les envies sont intolérables, à tel point qu'ayant essayé une quantité quasi infinie de médicaments, il nous demande de faire tout en notre possible pour tâcher de lui permettre de mener une vie semblable à celle de ses camarades.

Sauf ce symptôme initial de dysurie initiale, le questionnaire ne révèle rien de bien particulier. Il n'a jamais eu de maladies infectieuses; pas de blennorragie.

La tension artérielle est bonne, 120/80; les réflexes oculaires sont normaux; la bouche, le pharynx, le thorax ne révèlent rien de particulier. Du côté de l'abdomen, les fosses rénales sont silencieuses, mais la palpation nous fait sentir au-dessus du pubis quelque chose d'inusité et très vaguement appréciable. La verge, le scrotum, les testicules sont normaux et le toucher rectal nous révèle une prostate tout à fait normale. Le doigt poussé plus haut nous donne une vague sensation de plénitude.

Nous demandons au malade d'uriner selon l'habitude dans trois verres, mais il n'y peut réussir et, de plus, comme il est

pressé, il nous demande de remettre à plus tard le reste de l'examen.

Devant cette dysurie initiale, son jeune âge, cette pollakiurie diurne et nocturne, cette vague sensation de plénitude au bas-ventre, nous émettons la possibilité d'une hypertrophie congénitale du col vésical et nous proposons au malade une hospitalisation afin de compléter par des explorations endoscopiques, l'examen complet que réclame son état. Il accepte et nous prenons rendez-vous à l'Hôpital Notre-Dame pour les jours suivants.

Malheureusement, nous recevons de lui, quelques jours plus tard, un message nous demandant de remettre à la fin d'août l'entrée à l'hôpital.

Le 10 août, nous pouvons commencer la série de nos explorations. Une miction naturelle donne issue à 50 cc. d'une urine claire, limpide. Nous faisons coucher le malade et une sonde béquille n° 20, introduite dans l'urètre, pénètre assez facilement dans la vessie, avec toutefois une petite sensation de frottement au niveau du col vésical ; nous constatons alors une rétention de 600 cc. d'urine également limpide.

Le toucher rectal, pratiqué à ce moment, nous fait constater la disparition de cette vague plénitude observée au premier examen.

Quelques jours plus tard, une cystoscopie est pratiquée. L'instrument est introduit facilement et la capacité vésicale formidable. Un examen approfondi nous révèle une grande vessie légèrement congestionnée dans toute son étendue. Les deux orifices urétéraux, normaux, sont situés aux extrémités d'un muscle interurétéral très saillant. Le col vésical est déformé et ce croissant habituel est remplacé par un orifice à bords rigides et irréguliers. En retirant l'instrument, la main a une sensation de frottement dur.

Les examens habituels, faits dans l'intervalle nous donnent des urines normales, une urée sanguine à 0 gr. 25, une glycémie à 1 gr. 10 et la P.S.P. 75 % d'élimination ; le B.W est négatif.

Nous soumettons le cas au professeur B.-A. Bourgeois, afin de décider le moment de l'extirpation du col vésical.

Le 18 août, sous anesthésie générale à l'éther, nous lui faisons une cystostomie large; nous tombons sur une vessie très mince et fortement distendue; le col vésical est épaissi, rigide et le doigt pénètre avec difficulté dans son orifice. A ciel ouvert, nous excisons ce col, au moyen du bistouri et de ciseaux pointus; une tranche d'un centimètre d'épaisseur et d'environ deux centimètres de diamètre est enlevée; nous observons alors une hémorragie, qui nous fait hésiter à fermer sans tamponnement, mais le saignement s'arrête par une irrigation chaude; la vessie est fermée partiellement en deux plans autour d'une sonde de De Pezzer n° 25; un petit drain n° 20 est laissé dans l'espace de Retzius; la paroi abdominale est fermée en deux plans.

Les suites opératoires sont simples; deux lavages vésicaux sont nécessaires la première journée pour évacuer quelques petits caillots.

Le 19 août, le drain de Retzius est enlevé;

Le 25, les crins de la peau;

Le 27, la sonde de De Pezzer est enlevée et le malade urine seul;

Le 29, la vessie est fermée;

Le 3 septembre, la plaie est guérie, le canal est souple, il n'y a pas de rétention, le malade se lève, a bon appétit et se trouve satisfait. Nous le gardons jusqu'au 10 septembre sous observation.

Il retourne chez lui à ce moment et promet de revenir à la fin de novembre pour une cystoscopie de contrôle. Il urine trois fois le jour, une fois la nuit, a engraisé de quelques livres et semble très heureux.

Nous revoyons ce malade fin octobre; il se dit en bonne santé; il urine toujours facilement et un cathéter n° 20 introduit dans l'urètre, pénètre dans la vessie d'où il ne retire aucun résidu. Quelques séances de dilatation au Béniqué sont alors faites afin d'empêcher la rétraction de la cicatrice exis-

tant au niveau du col. Le n° 60 est introduit facilement et le malade, complètement guéri, nous quitte pour reprendre son ouvrage.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce enlevée, pratiqué par le professeur agrégé L.-C. Simard, nous a démontré une hypertrophie et une hyperplasie très marquée de toutes les fibres musculaires.

OBSERVATION III

(Par le docteur BESSOT,

Revue Médicale de la Franche-Comté n° 6, 15 juin 1932,
pp. 245-248).

Je vois pour la première fois à ma consultation, le 20 avril 1931, M. Georges S..., 19 ans, de Morteau, qui se plaint de ne pouvoir uriner. C'est un jeune homme d'aspect solide, dans les antécédents duquel on ne trouve rien de pathologique, tant du côté des parents que du sien propre. Il n'a pas eu de blennorragie ni la syphilis.

Il fait remonter la maladie actuelle à trois mois environ : à cette époque, il fit un voyage à Lyon. Arrivé dans cette ville, un samedi soir, il ne peut uriner. Le dimanche matin, malgré des efforts répétés, dans toutes les positions, il ne peut émettre une goutte d'urine. Il se présente à l'hôpital, où un interne le sonde et lui conseille de voir un médecin. Mais le lendemain il urine presque sans effort et tout rentre dans l'ordre.

Environ 15 jours après une nouvelle crise de rétention qui nécessite un cathétérisme. Depuis cette époque jusqu'au 18 avril, rétention et sondage, et lorsque je vois le malade, le 20 avril, il n'a pas uriné depuis 24 heures. En l'interrogeant avec soin, il m'apprend que depuis un an les mictions sont devenues pénibles par périodes : en particulier lorsqu'il fait un voyage, même court, en chemin de fer ou en automobile, il éprouve de la difficulté à uriner. Il urine alors de la façon suivante : accroupi, et après une ou deux minutes d'efforts il émet quelques gouttes d'urine. A partir de ce moment la

miction se poursuit facilement : jet de calibre et de puissance normaux, aucune douleur.

A l'examen du malade, je trouve un globe vésical énorme, atteignant l'ombilic, mais absolument rien d'autre. Les reins ne sont pas perçus ; aucune douleur aux points urétéraux ; prostate normale en volume et en consistance, vésicules séminales non perçues. L'exploration de l'urètre ne révèle pas de rétrécissement et la sonde ramène un litre et demi au moins d'urines claires. L'examen général est négatif lui aussi, en particulier du côté du système nerveux et de la colonne vertébrale.

Le 25 avril, nouvelle crise de rétention, qui dure 24 heures et nécessite le sondage.

Un nouvel examen du malade est négatif et je pense à la possibilité d'une hypertrophie congénitale du col vésical. Je propose une cystoscopie qui est acceptée pour le 29.

Le 26 et le 27, deux cathétérismes sont nécessaires, puis mictions sensiblement normales jusqu'au 29. Je pratique ce jour une cystoscopie : la vessie est d'une extraordinaire tolérance puisque je peux injecter 800 cc. d'eau sans résistance. La muqueuse est normale, sauf dans la région du col nettement en saillie et rouge. Pas de calcul, pas de tumeur, pas de diverticule. Orifices urétéraux d'aspect sain.

Le malade entre à la clinique le 1^{er} mai. Je lui fais pratiquer une cystographie au collargol (injection de près d'un litre de solution de collargol) par le docteur Cottet ; globe vésical important sans diverticule ni reflux urétéral : la région du col se traduit uniquement par une légère voussure à convexité vers le centre du globe.

Le malade accepte l'intervention, qui a lieu le 7 mai : anesthésie à l'éther, docteur Rondot, aide Jacquot.

Cystostomie sus-pubienne. L'orifice urétral est petit : diamètre d'une sonde n° 20 environ. Le col est saillant, sans irrégularité, épais, de consistance dure, et paraît comme soulevé par un anneau. Effondrement difficile du col au doigt et ablation par morcellement. Tube de Marion. Dix jours après,

sonde à demeure, que j'enlève sitôt la vessie fermée. Fait extrêmement intéressant : aussitôt la sonde à demeure ôtée — la plaie sus-pubienne n'est pas cicatrisée, tant s'en faut — le malade urine absolument sans difficulté. Il quitte la clinique le 2 juin. J'ai eu depuis deux fois de ses nouvelles : en juillet 1931 et en janvier 1932 : le résultat fonctionnel est excellent.

L'examen histologique d'un fragment du col a été pratiqué par le docteur Louvot, dont voici la réponse :

« Tissu conjonctif extrêmement compact, rendant la coupe très difficile. Entre les tourbillons souvent centrés par des vaisseaux, on ne constate qu'une infiltration leucocytaire intense et des lacs remplis de sang. Pas de formation épithéliale visible ».

OBSERVATION IV

(Un cas de « maladie du col de la vessie »,
par CODVELLE, GRANDCLAUDE et BERNARD.
Annales d'anatomie pathologique, 6/682-685, juin 1929).

B..., maréchal-des-logis, 36 ans, entre dans le service d'urologie du Val-de-Grâce, le 11 octobre 1928, pour anurie, œdème et pyurie. Il attribue ces troubles à un traumatisme subi en 1923 : coup de pied de cheval au niveau de la symphyse pubienne. Cet accident, assez léger, sans lésion du squelette, aurait été suivi de dysurie, puis vers le dixième jour, d'une hématurie qui dura 5 à 6 jours. Depuis cette époque, la miction est de plus en plus difficile. Le malade doit pousser pour uriner. Enfin, depuis deux ou trois mois, les urines sont devenues troubles.

Actuellement, il y a du pus dans les urines et on y trouve des nombreux cocci gram+. Il existe de la polakiurie diurne et nocturne sans cystite. Le malade urine par regorgement et un globe vésical remonte jusqu'à l'ombilic. L'urètre est d'un calibre normal. Rien d'anormal au niveau de l'appareil génital. Prostate normale au toucher. A noter un léger œdème de la face et des jambes apparu depuis 3 jours. Azotémie 0,86.

A l'âge de 8 ans, le malade a eu la scarlatine suivie d'albuminurie passagère.

Quelle est la cause de la rétention?

L'urètre et la prostate paraissent hors de cause. Au cystoscope, la muqueuse vésicale parfaitement saine, présentait quelques colonnes. Le plancher vésical était un peu plus surélevé que normalement, mais le col vésical n'était pas déformé. Une radiographie de l'appareil urinaire, du squelette de la colonne lombo-sacrée et du bassin ne révèle rien d'anormal.

Le malade conserve sa sonde à demeure, suit un régime lacto-végétarien. Cependant l'azotémie monte, le 26 décembre, à 1,55.

A deux reprises on enlève la sonde. La miction spontanée ne reparait pas. Dès lors, on envisage la maladie du col. Une cystostomie est décidée pour parer au danger croissant de la rétention uréique et pour vérifier l'état du col. L'intervention pratiquée le 22 janvier 1929 permet les constatations suivantes :

La paroi vésicale est fortement épaissie (2 cm.); le doigt pénètre péniblement dans le col vésical; il existe là, de toute évidence, un obstacle à la sortie de l'urine. Le col est résequé circulairement et la vessie renfermée partiellement pour laisser à demeure une sonde de De Pezzer. A la suite de cette intervention, l'azotémie baisse à 0,28.

Le 7 février on retire la sonde vésicale et on met une sonde urétrale à demeure. Fermeture de la vessie 15 jours après; on enlève la sonde et le malade urine spontanément. L'azotémie est de 0,25. Le malade part en convalescence.

Examen histologique.

Le sphincter présente dans tous les points examinés une structure identique. L'épithélium pavimenteux est hyperplasié, avec quelques zones atrophiques. Il recouvre un chorion conjonctif sous-jacent, où on trouve des foyers inflammatoires de type lymphocytaire. Plus profondément vient une couche extrêmement épaisse constituée par de volumineux faisceaux musculaires lisses orientés en tous sens, et donnant une image

rappelant un peu le fibromyome utérin. Ces faisceaux sont hypertrophiques et non tumoraux. Contrairement à ce qu'on observe dans le col normal, on ne note aucun cul-de-sac glandulaire dans le chorion de la muqueuse. Signalons l'absence d'éléments inflammatoires dans l'épaisseur de la musculuse, où les vaisseaux sont simplement congestionnés.

OBSERVATION V

(La dysectasie du col de la vessie.

Thèse de Paris par F.-C. RODRIGUEZ, 1932).

W... Jules, 47 ans, entre à la salle Velpeau, le 16 juillet 1931, en rétention complète qui dure depuis septembre 1930.

Antécédents : Depuis son enfance le malade est très long à uriner ; ses mictions se font avec dysurie qui augmente de plus en plus.

Il y a dix ans, il est allé voir un médecin, car il urinait très peu et ses mictions étaient particulièrement difficiles. Avec des lavages vésicaux et d'autres médicaments, il traîna jusqu'au jour où il vint nous consulter.

Après quelques lavages au protargol et au nitrate d'argent, le malade décide de rentrer chez lui où il continua à se sonder 5 à 6 fois par jour.

Le 16 juillet, et par suite d'une nouvelle aggravation de son état, il nous revient prêt à se faire opérer.

Examen : Reins non palpables ; rien aux testicules ; prostate normale ; urines claires ; pas de rétrécissement.

Le 18 juillet, urétroscopie qui montre une vessie à colonnes et cellules ; à 6 heures, trou noir : diverticule ou cellule ? Col épaissi et surélevé surtout dans sa partie postérieure où il masque en partie le trigone. La courbure du col est normale à l'effort de la miction, mouvement à peine ébauché. Urètre postérieure infectée ; prostatite chronique.

Cysto-radiographie. Pas de diverticule.

Azotémie : 0,44. Constante : 0,087.

Opération le 28 juillet par M. Dossot. Parois vésicales épaissies; ablation du col vésical selon technique décrite. Mèche; tube de Marion. Suites opératoires bonnes, sauf une hématurie peu abondante un ou deux jours, arrêtée par le chlorure de calcium.

Examen histologique (Dr Verliac).

L'examen d'une coupe verticale frontale intéressant l'urètre depuis la vessie jusqu'au veru montanum donne les renseignements suivants :

La muqueuse vésicale très congestionnée est notablement infectée; les leucocytes poly mais surtout mononucléaires y forment des nodules ou des nappes étendues et se montrent isolés, moins nombreux entre les amas.

Egalement infectée, la muqueuse urétrale montre de nombreux orifices glandulaires : elle est doublée d'une importante couche musculaire longitudinale au delà de laquelle siègent des glandes prostatiques et des faisceaux musculaires d'autre direction.

Tout le reste de la coupe est occupé par des trousseaux musculaires et des glandes d'allure prostatique entourés de tissu conjonctif.

Les faisceaux musculaires sont particulièrement développés au pourtour de l'orifice urétrovésical où ils apparaissent coupés perpendiculairement à leur direction, formant pour la plupart des éléments d'un volumineux sphincter. Sauf en ce point, les faisceaux musculaires sont étroitement intriqués avec des glandes d'allure prostatique, contenant parfois des sympexions. Ces faisceaux musculaires ou, du moins, une importante partie d'entre eux, ne sont pas comme dans la prostate normale, ordonnées par rapport aux glandes. La prépondérance de l'élément musculaire sur la glandulaire est certaine et l'harmonie habituelle entre ces éléments fait défaut.

Certaines glandes sont très dilatées, voire même kystiques, mais toujours revêtues d'un épithélium haut. Un certain nombre forment de chaque côté du col, près de la muqueuse vésicale, une plage kystique d'allure adénomateuse.

Le tissu conjonctif intermusculaire n'est scléreux de façon notable qu'en deux points : dans la couche longitudinale, périurétrale, et dans les couches musculaires externes et supérieures sous la vessie loin de l'urètre.

Conclusion : Hypertrophie musculaire et anomalies glandulaires de la région urétrovésicale : infection subaiguë du revêtement muqueux.

Le 26 novembre 1931 : nouvel examen clinique ; le malade vide complètement sa vessie, a un très bon jet ; pas de résidu ; les urines sont parfaitement claires ; état général excellent. Tout dernièrement (1^{er} juin 1932) cet état persiste.

OBSERVATION VI

(Dysectasie du col de la vessie.

Thèse de Paris par F.-C. RODRIGUEZ, 1932).

Ch... Gaston, 27 ans, entre salle Velpeau le 25 avril 1928, pour dysurie et pollakiurie.

A l'examen, tableau classique d'une rétention incomplète avec grande distension. La vessie aisément palpable, dépasse l'ombilic.

Les mictions sont fréquentes ; pollakiurie nocturne et diurne sans incontinence, elles sont difficiles (la dysurie est nette) ; elles sont légèrement douloureuses, sensation de brûlure post-mictionnelle. Quantité d'urine en 24 heures : 1 litre et demi.

Les urines sont claires, la température normale. Très bon état général, sujet vigoureux, fort en couleurs. Le canal est libre, il admet facilement un explorateur n° 23. Les reins sont perceptibles, les testicules normaux.

Au toucher rectal : petite prostate de forme et de consistance normale. Les réflexes cutanés et tendineux sont bons, pas de signe d'Argyll-Robertson.

Les troubles urinaires qui ont motivé l'entrée à l'hôpital du malade, remontent à un an et demi environ ; les troubles mictionnels se sont installés sans bruit et s'accroissent progressivement.

Dans l'interrogatoire, on ne relève rien, pas de syphilis, pas de blennorrhagie, pas d'hématurie, pas de crise de coliques néphrétiques précédentes.

Ce malade est envoyé en consultation dans le service du professeur Sicard. La radiographie du système urinaire et de la colonne lombo-sacrée, la cysto-radiographie et l'urétroscopie postérieure sont absolument négatives.

Voici les conclusions de l'examen du docteur Hagueneau, assistant du professeur Sicard : « Ce malade ne présente rien d'anormal au point de vue du système nerveux ».

Le professeur Legueu décide d'intervenir. Le 9 mai 1928, taille hypogastrique, exposition large de la région du col et du bas-fond. Orifice cervical normal : mais immédiatement en arrière de sa marge postérieure on note une petite saillie irrégulière, molle, du volume d'un petit pois et pédiculisée.

Ablation de la saillie anormale et résection du col au bistouri. Fermeture incomplète de la vessie sur un drain hypogastrique, après avoir tassé une mèche dans le col évidé.

Suites opératoires normales ; ablation de la mèche le troisième jour.

Le 1^{er} juin, la vessie est fermée, mictions normales sans résidu. La guérison s'est maintenue et le malade vidait complètement sa vessie au départ.

Examen histologique (D^r Verliac).

Les trois fragments sont constitués de même façon : une couche épithéliale vésicale normale, reposant par une basale sur une couche venant de l'épithélium, passent des canaux glandulaires dont les lobes sont surtout développés dans la profondeur de la coupe, figurent des glandes dilatées, ni adénomateuses, ni cancéreuses. Ces glandes, presque toutes kystiques, s'apparentent aux glandes prostatiques par leur revêtement épithélial cylindrique ; mais cet épithélium un peu variable d'une glande à l'autre est tantôt cubique, tantôt cylindrique, on a l'aspect de glandes prostatiques anormales sans inflammation ni tendance néo-formative ; autour des glandes, aucune altération inflammatoire pernicieuse.

Conclusion : Col urétral dans lequel sont développés des glandes sous-urétrales d'aspect anormal qui ne sont ni adénomateuses, ni cancéreuses et qui ne présentent aucune altération inflammatoire.

OBSERVATION VII

(Hypertrophie congénitale du col de la vessie.

Thèse de Paris, 1929, par M. BOUILLIÉ).

M. Ga..., âgé de 28 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, service Civiale, le 15 novembre 1921, pour des troubles de la miction. Son histoire est la suivante :

Depuis l'âge de 14 ans, le malade a remarqué qu'il est beaucoup plus long à uriner que ses camarades. Cette dysurie n'est pas douloureuse, mais s'accompagne de pollakiurie diurne. Le malade remarque qu'à ce moment-là il lui était impossible de rester deux heures de suite en classe sans aller uriner.

Ces troubles ont été en s'accroissant sans que le malade y prête attention. Il a remarqué simplement que pendant la guerre il était obligé de se lever une ou deux fois pour uriner.

Depuis 1918, cette dysurie a augmenté au point que le malade doit faire de grands efforts pendant la miction.

Examen : Montre un globe vésical. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic. Toucher rectal . Prostate normale.

Un sondage pratiqué montre un résidu de 800 grammes.

A la cystoscopie : vessie à colonnes. Col vésical peu déformé.

Opération : le 23 novembre 1921.

Ablation à vessie ouverte du col vésical.

Pas de ligature des déférentes.

Une mèche dans la cavité.

La vessie est très distendue, épaissie et à colonnes.

Suites opératoires : A la suite de l'ablation de la mèche, le malade fait une hémorragie qui nécessite un retamponnement. Sort de l'hôpital le 27 décembre.

Revu le 28 avril 1922. Urines troubles, mais la vessie se vide complètement.

Le 20 novembre 1922, il revient à Civiale pour des douleurs rénales très vives accompagnées d'élévation de température à 40°. Urines extrêmement purulentes. Un cathétérisme urétéral pratiqué montre le bassinet distendu (70 cc.).

J'ai revu le malade le 6 août. Voici ce qu'il m'a déclaré :
« Depuis mon opération les troubles dont je souffrais ont complètement disparu. La miction, depuis cette intervention, s'est toujours effectuée normalement et complètement ».

ETUDE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

1° ANATOMIE DU COL DE LA VESSIE

Le terme de col de la vessie créé par LIEUTAND est anatomiquement inexact; il n'existe pas là, ni de point rétréci, ni dépression infundibuliforme.

Sous le nom de col de la vessie, on désigne une région qui comprend l'orifice vésico-urétral, avec son versant vésical et son versant urétral.

Le col vésical est situé à 25 millimètres en arrière de la symphyse pubienne, sur une ligne passant à sa partie moyenne, ou à l'union du tiers inférieur et de 2/3 supérieures.

L'orifice vésico-urétral occupe la partie antérieure de la base de la vessie.

A l'état normal et sur un sujet debout, il représente le point déclive de la vessie.

L'orifice vésico-urétral est tangent à l'extrémité antérieure du trigone, qui se prolonge sur son bord postérieur; il est circulaire et en arrière présente une saillie due à l'insertion du sommet du trigone : c'est la luette vésicale de Lieutand.

Chez les gens âgés, il est aplati d'avant en arrière, quelquefois un peu infundibuliforme.

Quand le trigone a la forme d'un Y, il peut former une saillie importante sur la lèvre postérieure de l'orifice, qui prend alors l'aspect d'un fer de lance.

Le versant urétral du col, n'est autre chose que la partie initiale de l'urètre prostatique, entourée de son sphincter lisse.

Lorsqu'on regarde le col, vessie ouverte, on voit que le col s'ouvre de niveau avec les parties voisines de la vessie. Il se présente sous l'aspect d'une petite dépression arrondie; limitée en avant et latéralement par un rebord concave et net; en arrière le bord fait une légère saillie, la luette vésicale.

Normalement le col est fermé, mais il se laisse facilement franchir.

L'introduction d'un explorateur dans la vessie, ne donne aucune sensation de résistance. En retirant l'instrument, on sent un léger frottement du talon de la boule olivaire sur l'orifice.

A la coupe on trouve une muqueuse et une musculuse.

La muqueuse est formée par un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur un chorion riche en fibres élastiques. On y trouve de nombreuses glandes, décrites par ALBARRAN, et qui tirent leur importance de ce fait que c'est à leur transformation adénomateuse qu'est due l'hypertrophie prostatique.

La musculuse du col est constituée par le sphincter lisse de l'urètre, auquel viennent se joindre des fibres venues de la musculature vésicale. YOUNG et WESSON prétendent que ce sphincter est formé par les fibres longitudinales de la vessie, qui arrivées à la

partie inférieure, se diviseraient en deux faisceaux venant entourer la partie supérieure de l'urètre, formant un arc antérieur et un arc postérieur.

TRABUCCO, à la suite d'une étude des coupes en série de la région du col, démontre que le sphincter est un muscle hémicirculaire situé à la partie postérieure de l'urètre et n'existant pas à la partie antérieure.

A ce sphincter lisse destiné à la fermeture de l'urètre et à la retenue de l'urine, viennent s'ajouter d'autres fibres provenant de la vessie. Ce sont les fibres longitudinales, circulaires et plexiformes.

Les fibres longitudinales, postérieures et antérieures, se divisent à la partie inférieure de la vessie, en deux faisceaux, qui entourent le col en dehors du sphincter interne; les fibres latérales viennent se joindre au faisceau provenant des fibres longitudinales précédentes.

Les fibres circulaires présentent une grande obliquité en bas et en avant; elles n'existent plus en arrière, à partir de la partie postérieure du trigone.

Les fibres plexiformes se prolongent dans le canal de l'urètre en dedans des fibres du sphincter et viennent se terminer au niveau du *veru montanum*, formant au-dessus de lui le frein médian du *veru montanum*, et sur les parties latérales, les freins latéraux. Ces faisceaux après avoir entouré l'utricule et les canaux éjaculateurs, se continuent dans l'urètre prostatique.

Au niveau de l'orifice qui réunit le col et la vessie, les fibres plexiformes constituent quelquefois une saillie que LIEUTAND avait appelée « la luette du col vésical ».

L'innervation du col est encore mal connue. Il semble que le col reçoive deux variétés de fibres : des fibres sympathiques, qui viennent de la moelle lombaire, et des fibres parasympathiques qui viennent de la moelle sacrée. Mais cette innervation a peu d'importance au point de vue qui nous occupe.

2° PHYSIOLOGIE DU COL VÉSICAL

Classiquement on admet que le sphincter lisse ferme la vessie par sa tonicité et son élasticité. Il échappe au contrôle de la volonté, à l'opposé du sphincter externe ou strié qui ferme l'urètre par un mécanisme réflexe automatique ou volontaire.

Le mécanisme de l'évacuation de l'urine contenue dans la vessie est assez complexe ; il y a une contraction des fibres musculaires qui constituent la paroi vésicale, tendant à produire la projection de l'urine, et d'autre part, l'ouverture du sphincter, qui réalise la continence.

La compression du contenu vésical est faite par le raccourcissement des fibres vésicales, et est augmentée par la contraction des muscles de la paroi abdominale.

On a pensé que la pression de l'urine sur le col, provoquait son ouverture ; mais cette pression ne joue qu'un rôle accessoire ; car l'ouverture du col est un phénomène volontaire ; et la meilleure preuve c'est qu'on peut émettre l'urine, même quand il y a une petite quantité dans la vessie.

L'ouverture du col se fait surtout par la contraction des fibres vésicales longitudinales et plexiformes.

3° ANATOMIE PATHOLOGIQUE - PATHOGÉNIE

L'examen des pièces opératoires montre qu'on peut avoir :

- Une hyperplasie musculaire.
- Une hypertrophie glandulaire.
- Une hypertrophie fibreuse.

Ces éléments peuvent être isolés. L'augmentation seule des fibres musculaires donne le véritable type de la maladie de Marion. Mais c'est rare. On observera surtout une association fibro-musculaire avec ou non prolifération et infiltration des éléments glandulaires.

Dans le cas d'hypertrophie musculaire pure — le col se présente macroscopiquement comme un gros bourrelet encadrant l'orifice de l'urètre. — Les faisceaux musculaires sont orientés dans tous les sens. A l'intérieur de ce tissu musculaire on trouvera quelques rares cavités glandulaires.

Dans le cas d'hypertrophie mixte fibro-musculaire, rien de caractéristique, fibres musculaires nombreuses, dissociées par endroit par des faisceaux fibreux. Il y a quelquefois une infiltration leucocytaire qui est le témoin de l'origine inflammatoire de cette sclérose.

De ces données disparates les auteurs ont tiré de multiples conclusions pathogéniques.

LEGUEU pense que la maladie du col est une maladie généralisée portant soit sur tous les éléments de cette région : fibreux, musculéux et glandulaire, soit atteignant d'une façon plus élective le tissu fibro-musculaire ou glandulaire.

LEGUEU considère la « dysectasie du col » comme une affection acquise : l'hypertrophie glandulaire ne serait que la plus simple expression de la maladie prostatique ; l'hypertrophie musculaire rentre dans le cadre de l'adénome.

MARION la considère comme une malformation congénitale. Il signale la coexistence fréquente d'une hypertrophie des parois de la vessie, et des diverticules. Selon cet auteur l'hypertrophie musculaire pure se rattache à une origine congénitale et lorsqu'on trouve des éléments inflammatoires et scléreux, il faut les considérer comme secondaires à l'inflammation de la muqueuse, très fréquente dans les états de rétention chronique, et qui est le fait de la pullulation des germes de la vessie, soit d'un cathétérisme septique.

HEITZ-BOYER trouve aussi les causes de la maladie du col. A côté des facteurs précédents, il incrimine :

Les formations polypeuses inflammatoires.

Des malformations kystiques de la région cervico-prostatique.

Des formations diverticulaires de la prostate.

Celles-ci seraient le résultat de suppurations minuscules de la glande, d'origine gonococcique ou staphylococcique. Une infection atténuée s'installe ici, et elle est réveillée de temps à autre par une bactériurie d'origine hématogène (syndrome entero-rénal), soit par une staphylococcie. Cette diverticulite a tendance à s'étendre aux régions voisines et ce processus inflammatoire peut aboutir à une sclérose ou une hypertrophie de la prostate ; à un processus mixte

scléro-hypertrophique dont le résultat sera un rétrécissement du col, tantôt une hyperplasie.

Les conceptions pathogéniques sont donc très différentes ; mais on peut quand même les partager en deux groupes : 1° ceux qui considère la maladie du col comme une maladie acquise ; 2° ceux qui la considère comme maladie congénitale.

Pour les premiers, la cause initiale est un spasme, une évolution anormale des tissus du col ; les éléments provoquent la rétention et l'infection.

Pour les secondes (MARION), c'est une affection congénitale du sphincter lisse, en même temps que l'hypertrophie de la paroi musculaire de la vessie ou l'existence d'un diverticule.

ETUDE CLINIQUE

1° SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

L'expression de « prostatisme sans prostate » convient beaucoup à l'affection du col. En vérité les signes cliniques sont les mêmes : pollakiurie nocturne, dysurie, rétention d'urine. Seules les examens approfondies peuvent nous donner le diagnostic exact.

Dans la maladie de Marion, deux éléments sont caractéristiques :

La longue durée de son évolution, la précocité de son apparition.

Les signes apparaissent à bas bruit, sans attirer l'attention sur le tractus urinaire.

A la période de début on voit : une pollakiurie à prédominance nocturne, et de la dysurie.

La pollakiurie se présente soit sous la forme intermittente, en petites crises, ou bien continue.

La dysurie est également variable. Elle peut consister en un simple effort au début de la miction qui tarde à se faire; ou nécessiter une tension soutenue des muscles évacuateurs de la vessie.

Le malade accuse un manque de force du jet. La dysurie peut se présenter sous une forme plus accentuée, avec une pesanteur ano-périnéale et d'irradiations douloureuses dans les hypocondres. Ces troubles

peuvent s'accroître brusquement à l'occasion d'un effort physique, sexuel, etc... Cette aggravation se caractérise par une augmentation d'intensité des signes :

Pollakiurie plus fréquente, dysurie plus pénible, qui peut aller jusqu'à la rétention complète.

En dehors de ces troubles, on ne trouve pas, dans l'histoire du sujet, d'antécédents spéciaux. Ni ϵ , ni blennorrhagie.

A la période d'état, le malade peut présenter une rétention ou infection. La rétention peut être aiguë. Les troubles urinaires à la suite d'un effort, se sont exacerbés et ont abouti à la rétention. Le malade présente les signes classiques de la rétention : douleurs dans le bas-ventre, globe vésical palpable et perceptible. Un cathétérisme libérateur mettra fin à cet épisode.

La rétention peut être chronique et le malade n'urine que par regorgement. L'infection alors est proche; elle est favorisée par les sondages, ou spontanée. Les urines sont troubles, et l'examen cytbactériologique indique la pyurie. Une cystite s'y ajoute, et avec le temps on peut assister à la marche ascendante de l'infection, donnant lieu à une pyélonéphrite.

En présence de ces troubles, on peut penser à un rétrécissement de l'urètre, à une affection de la prostate : hypertrophie, néoplasme ou prostatite chronique; à une affection médullaire.

En faisant un examen méthodique, on pourra éliminer chacun de ces diagnostics, et envisager l'hypothèse d'une lésion du col vésical.

L'examen sera conduit de la façon suivante :

Exploration du canal, toucher rectal, examen nerveux, cystoscopie et urétroscopie, cystographie et urétrographie.

a) *Exploration de l'urètre*

Dans certains cas, le diagnostic de rétrécissement est très facile : la boule qui a franchi une série de ressauts est arrêtée au bulbe.

Mais si la boule est arrêtée au bulbe sans avoir été arrêtée dans l'urètre antérieur, il ne faut pas penser de suite à un rétrécissement, cela peut être un spasme ; on prend un bénique n° 40, et s'il s'agit d'un spasme, l'instrument franchira le sphincter membraneux sans difficulté (MARION).

L'exploration de l'urètre fera reconnaître un calcul urétral : les calculs peuvent séjourner pendant plusieurs années dans l'urètre sans déferminer de gros troubles.

b) *Toucher rectal*

Le toucher rectal fait le plus souvent le diagnostic de l'hypertrophie prostatique, de néoplasme ou de prostatite chronique ; mais si on ne trouve rien au toucher rectal, il faut se garder d'écarter le diagnostic d'hypertrophie. Les hypertrophies au début, et les hypertrophies avec lobe médian ne peuvent être diagnostiquées que par la cystoscopie (MARION).

c) *Examen neurologique*

Il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un faux urinaire.

On examinera les réflexes. On recherchera le signe d'Argyll-Robertson.

En cas de doute sur la spécificité, on fera une ponction lombaire.

Les troubles urinaires : dysurie, rétention se rencontrent dans le tabès, dans la myélite, dans les compressions médullaires.

Il faudra éliminer ensuite des rétentions plus rares :

— Rétentions réflexes, qui sont en général sous la dépendance d'une affection rénale, tuberculose pyélonéphrite (MARION).

— Rétentions chez les neurasthéniques par réflexe ou spasme urétral.

— Rétentions dans la *spina bifida*.

d) La Cystoscopie

Cet examen nous révélera des signes de la dysectasie et des signes qui n'en sont qu'une conséquence. Donc des signes directs et indirects.

Parmi les signes directs : il y a des déformations au niveau de la partie inférieure du col. A l'état normal, on ne distingue pas les limites entre la vessie et l'urètre. A l'état de dysectasie, le col a la forme d'un croissant rouge foncé, concave en haut, à bords très net. Mais les déformations du col n'ont pas toujours cet aspect schématique. On trouve des aspects très différents : « col soulevé en saillie sur un point », « une légère voussure à convexité vers le centre du col vésical », etc...

Signes indirects : signes d'infection, difficulté plus ou moins grande au remplissage de la vessie. Norma-

lement, elle peut contenir 250-500 centimètres-cubes avant que n'apparaisse le besoin d'uriner. Quelquefois (cystite), la vessie devient intolérante; sa capacité tombe à des chiffres infimes.

La muqueuse de la vessie entière, ou du col ont un aspect inflammatoire. Ensuite on voit des signes de rétention. Colonnes et cellules sur les parois. Des diverticules, certains congénitaux, d'autres proviennent d'une hernie de la muqueuse à travers les colonnes vésicales.

L'auteur américain Martin MOLONY, indique les avantages pour l'exploration de la vessie par la voie sus-pubienne. Il est certain que le cystoscope déforme le col vésical, et d'autre part le champ visuel est trop exigü par rapport à la région à explorer. Il propose une ponction sus-pubienne, et après un drainage de quelques jours l'introduction du cystoscope dans la vessie. On pourra voir alors le col vésical et les régions environnantes sans altérations. C'est une parfaite méthode, mais la seule chose à reprocher c'est que cette exploration est déjà par elle-même une véritable intervention chirurgicale.

e) *L'urétroscopie*

Pratiquée avec l'urestroscope de Mac CARTHY ou urétrocystoscope d'HEITZ-BOYER, permet de voir la rigidité du col et son manque de dilatabilité.

On fait l'examen de l'urètre postérieur et on peut ainsi éliminer toute cause d'origine urétrale :

- 1° Lésion du veru: hypertrophie, œdème;
- 2° Valvule;
- 3° Polype de l'urètre postérieur,

f) *Cystographie et urétrographie*

On remplit la vessie d'une solution opaque. Mais les résultats sont d'une valeur médiocre, car le col et le bas-fond vésical ne sont pas mis en relief. Le cliché peut montrer une image diverticulaire s'il en existe.

L'urétrographie n'est pas passé encore dans la pratique courante.

Ses contre-indications sont peu nombreuses :

Les urétrites aiguës, les hémorragies de l'urètre, une exploration instrumentale précédente.

On emploiera l'uroselectan en solution à 30 %. On prend le cliché pendant l'injection. L'urètre postérieur apparaît sous la forme d'un mince filament allant de la portion membraneuse à la vessie, entourant vers son milieu une zone plus claire à aspect polymorphe et dont la situation correspond à celle du *verru montanum*.

Ce procédé mettra en valeur :

Les prostatites chroniques abcédées.

Les cavernes tuberculeuses de la prostate.

Les strictures larges de l'urètre postérieur, qui sont responsables de certains phénomènes de rétention, dysurée et troubles sexuels.

A l'état normal la vessie au repos, moyennement distendue, a la forme d'un ovoïde à grand diamètre transversal; le col ne donne pas d'image. Pendant la miction, il a la forme d'un cône, dont la pointe se continue vers l'urètre postérieur.

Dans la maladie du col, la vessie présente une limite supérieure horizontale, le col est présenté par un conduit cylindrique, de calibre très étroit et qui s'ouvre dans la vessie par un mince orifice.

En somme dans le syndrôme que nous avons observé, les points essentiels sont les suivants :

1° Précocité des troubles fonctionnels, car l'interrogatoire nous apprend que les premiers symptômes remontent le plus souvent à l'enfance ou à l'adolescence ;

2° Absence de tout obstacle apparent des voies urinaires.

2° PRONOSTIC

Le pronostic de cette affection est le même que celui de l'hypertrophie de la prostate. Les malades se trouvent exposés à toutes les complications dues à la distension vésicale ou rénale, et toutes les complications septiques qu'on peut observer chez les prostatiques.

TRAITEMENT

Le principe du traitement consiste à ressequer une partie du tissu pathologique, afin de restituer la souplesse au reste du col vésical et de l'urètre prostatique.

Les procédés sont nombreux ; on peut les classer en trois groupes, suivant la voie qu'on utilise : voie endo-urétrale, voie périnéale, voie sus-pubienne.

1° VOIE ENDO-URÉTRALE

A titre historique, on peut citer le procédé de MERCIER — qui consiste à sectionner une des lèvres du col entre les deux mors d'une pince coupante. C'est un procédé très dangereux à cause de la fréquence des hémorragies.

BOTTINI utilisa l'anse galvanique, abandonnée aujourd'hui.

YOUNG propose un procédé d'excision partielle du col, connue sous le nom de Punch Operation. Dans l'urètre on introduit un tube creux qui présente près de son extrémité vésicale une ouverture latérale ; sous le contrôle de la vue on fait insinuer dans cette fenêtre une partie du col que l'on sectionne en poussant dans le tube une lame tranchante ; en faisant tourner l'instrument on peut avoir plusieurs prises successives et multiplier les sections.

Cet instrument a subi de nombreuses modifications, dont la principale a été la substitution d'un cautère à la lame tranchante.

Cette technique jouit d'une faveur aux Etats-Unis, mais elle présente aussi des inconvénients, et deux complications sont à craindre : l'hémorragie et l'infection.

2° VOIE PÉRINÉALE

CHETWOOD aborde par la voie périnéale le col qu'il sectionne avec un galvano-cautère.

Mac GOWAN, DAY ont également employé l'incision périnéale pour repérer exactement le col qu'ils sectionnent avec un « punch ».

3° VOIE SUS-PUBIENNE

La voie sus-pubienne, transvésicale est la méthode de choix ; pratiquement, c'est la seule qui soit utilisée en Europe de façon courante.

Les procédés sont les suivants :

— La discision du col consistera en une dilatation forcée de l'orifice vésical — au doigt ou bougie de Hégar.

— La section du col — incision parallèle à l'axe de l'urètre faite sur la lèvre postérieure.

— Excision cunéiforme portant sur la lèvre postérieure.

— Ablation totale du col. Celui-ci est le plus employé, étant le plus radical et ayant le moins de risques d'échec. Comme pour la prostatectomie, on

opérera en un ou deux temps selon l'état de la vessie et des reins. La brèche de la vessie sera large, permettant une exposition large et une exploration facile de la région cervicale. Ensuite, le col fixé par une pince à mors, on fait une incision circulaire distante environ d'un centimètre de l'orifice urétral, profonde d'un centimètre et demi. On enlève le col, soit en bloc, soit par fragments détachés. La cavité formée, on comblera par une mèche iodoformée et la vessie sera fermée en deux plans sur un tube de Marion.

On complètera l'intervention, par la suppression d'autres malformations concomitantes — en particulier les diverticules, s'ils en existent.

CONCLUSIONS

1° L'affection que M. MARION décrit sous le nom d'hypertrophie congénitale du col vésical se manifeste par des troubles de la miction : dysurie, rétention;

2° Chez ces malades on ne trouve aucune lésion apparente des voies urinaires ni aucun trouble du système nerveux;

3° Au point de vue de l'étiologie on peut penser à une origine congénitale, en se basant sur la précocité d'apparition des troubles et la coexistence dans un grand nombre de cas d'autres lésions congénitales;

4° Le diagnostic est basé sur l'élimination de toutes les affections habituelles connues comme cause du syndrome de dysurie ou de rétention;

5° Les examens histologiques pratiqués sur les pièces opératoires nous montrent qu'à côté de l'hypertrophie musculaire, on peut rencontrer aussi une hypertrophie du tissu conjonctif ou glandulaire;

6° Le traitement consiste en une suppression complète du col vésical.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESIO. — Rapport sur les maladies du col de la vessie, l'hypertrophie et le cancer exceptés (La Clinica Chirurgica, Milan, 11 novembre 1931).
- Anatomie, développement et structure du col vésical, dans ses maladies à l'exclusion de l'hypertrophie et du cancer de la prostate (X^e Congrès de la Soc. Ital. d'urologie, 20-21 octobre 1931).
- BEDRNA (J.). — Pathology of neck of bladder (Casoplek. česk. 71 : 449, 453, avril 8, 1932).
- BERNASCONI et MARIEL. — Nouvelle observation de « maladie du col ou d'hypertrophie congénitale du col vésical » (Soc. de Chir. d'Alger, s. du 27 octobre 1932, in-Algérie médicale, mars 1933, n° 63).
- BESSOT. — Un cas d'hypertrophie congénitale du col vésical (Rev. méd. de la Franche-Comté, 35^e année, n° 6, 15 juin 1932).
- BLOC (G.). — Rétentions vésicales par altération intrinsèque du col vésical (X^e Congrès de la Soc. Ital d'hydrologie, Journ. d'urologie, p. 244, 1931).
- BLANCHOT. — Sur un cas de sténose vésicale (Soc. Française d'Urologie, 1928).
- BOUILLIÉ (M.). — L'hypertrophie du col vésical (Journ. d'Urologie 27, p. 97, 142, février 1929).
- L'hypertrophie congénitale du col vésical (Masson édit., 120, boul. Saint-Germain, Paris, 1929).
- BOURGEOIS (P.). — Hypertrophie congénitale du col vésical. Résection. Guérison (Union médic. du Canada, n° 3, mars 1933, t. LXII).

- CARRARO. — Sur les soi-disant prostatiques sans prostate (Revue clinique d'urologie, mars 1914).
- CATHELIN. — Rétentionniste complet jeune sans prostate (Ass. française d'urologie, octobre 1913).
- CAULK. — Contracture du col de la vessie chez la femme (The Journ. of urology, t. VI, n° 5, p. 341, 1921).
- Obstructions du col vésical (Journ. of urology, t. XI, n° 1, 1921).
- Contracture du col vésical (Journ. of urology, t. XI, p. 293, septembre 1925).
- CAULK et SANFORD. — Section au cautère dans l'ablation des obstructions du col vésical (The Journ. of Amer. med. Assoc., n° 25, 20 décembre 1924).
- CHARBONNIER. — Les diverticules de la vessie (Thèse de Paris, 1912).
- CHETWOOD. — Contraction du col de la vessie (New-York med. Journ., 8 février 1913, p. 259).
- Revue de la question de la sténose du col vésical y compris les contractures, scléroses et barres (The urol. and Review, t. XXIX, n° 8, août 1925, p. 457-459; Transact. of the Amer. Assoc., p. 83).
- CHOLZOFF. — La contraction chronique du col vésical (Folia urologica, t. IV, p. 788, 1910).
- Prostatisme sans prostate (Russische urogessel, t. VI, 1925).
- Sur les troubles de l'émission de l'urine provoqués par les obstacles de la région du col de la vessie sans hypertrophie prostatique (Geits. fur Urol. chir., t. XXIII, août 1927).
- COURTADE. — Des rétentions d'urine survenant chez les neurasthéniques et de leur traitement électrique (Journ. méd. Paris, n° 26, p. 485, 20 septembre 1921).
- CIBERT et DECHAUME (J.). — Dysectasie congénitale du col vésical. Résection. Guérison (Union médic. du Canada, n° 3, mars 1933, t. LXII).
- CIMINO (T.). — Deux cas de maladie du col vésical (X^e Congrès de l'Assoc. ital. d'urologie, Bari, 20-21 octobre 1931, P. 247).

- CODVELLE, GRAND'CLAUDE et BERNARD. — Un cas de « maladie du col de la vessie » (Hypertrophie congénitale). (Ann. d'anat. path., 6/682-685, juin 1929).
- DELBET. — Des vices de conformation congénitaux de la vessie et de leur traitement (Ann. mal. org. génit. urin., 1907, p. 641).
- ESCANDE (L.). — Les prostatiques sans prostate. A propos des obstacles du col vésical s'opposant à la miction. Hypertrophie congénitale du col vésical (Clinique Paris, 25 : 9-12 janvier, A, 1930).
- GÉRARD. — Trois cas de maladie du col vésical (Soc. franç. d'urol. Séance du 15 février 1932).
- GÉRARD (M.). — Trois cas de maladie du col vésical (L'Echo médical du Nord, 2^e série, n° 660, 36^e année, n° 10, 11 mars 1933).
- HUGUENIN (R.) et BOUILLIÉ (M.). — Hypertrophie congénitale du col vésical (Ann. d'anat. path. 7/733-736, juin 1930).
- JUNGANO (M.). — Dalle valvole del collo alla malattia del collo vescicale meccanismo dette disurie vescicali (Morgagni, 73 : 1801-1812, sept. 20, 1931).
- LASIO. — Les maladies du col vésical (X^e Congrès de la Soc. ital. d'urologie, Bari, 20-21 octobre 1931).
- LASKOWNICKI (S.). — Congenital hypertrophy of interureteral ridge (Ann. surg., 751-754, mai 1928).
- LE FUR (R.). — La maladie du col vésical (Bull. et mem. sté. chir., Paris, t. XXIV, n° 15, 18 novembre 1932).
- La maladie du col vésical (Le Répertoire médical pratique, n° 82, février 1933).
- La maladie du col vésical (Le Concours médical, n° 13, mars 1933).
- LILLA (P.). — Contribution à l'étude des maladies du col vésical (X^e Congrès de la Soc. italienne d'urologie, Bari, 20-21 octobre 1931, p. 245).
- MALTESE LE ROY. — Hypertrophie congénitale du col vésical (Soc. franç. d'urol., séance du 6 juillet 1931).

- MARION (G.). — De l'hypertrophie congénitale du col vésical (J. d'urolog., 23 : 97-101, février 1927).
- De l'hypertrophie congénitale du col vésical (XXVI^e Congrès fr. d'urol., p. 610, 1926).
- De l'hypertrophie congénitale du col vésical (Acad. de médecine, t. XIX, n° 6, 7 février 1928, p. 175).
- MARION et CHEVASSU. — Un nouveau cas d'hypertrophie congénitale du col vésical (Bull. de la Soc. fr. d'urolog., n° 7, juillet 1927, p. 203-211).
- MARTIN. — Hypertrophie congénitale du col de la vessie (Soc. anatomo-clinique de Toulouse, séance du 23 juin 1923).
- NICOLAESCO. — Hypertrophie congénitale de la vessie (Thèse de Paris, 1925).
- NEGRO (M.) et SACCHI. — Contribution à l'étude de ce qu'on appelle « Maladie du col » (X^e Congrès de la Soc. ital. d'urolog., Bari, 20-21 octobre 1931, p. 245).
- NISIO (G.). — Sur la soi-disant « maladie du col vésical » (X^e Congrès de la Soc. ital. d'urol., Bari, 20-21 oct. 1931).
- PAPIN (Marc). — Maladie du col vésical chez la femme (Soc. franç. d'urologie, séance du 15 mai 1933; Journal d'urolog. méd. chir. n° 1, juillet 1933, p. 108).
- PAVONE. — Diverses formes de maladies du col vésical sur base de cas cliniques (X^e Congrès de la Soc. ital. d'urolog., Bari, 20-21 octobre 1931).
- PHÉLIP (L.). — Constatations endoscopiques et technique opératoire endoscopique dans les dysectasies du col vésical (Hypertrophie prostatique exvlue) (Journ. d'urolog. méd. et chir., n° 4, octobre 1932).
- Electro-chirurgie endoscopique dans les dysectaries du col vésical (XXXII^e Congrès franç. d'urol., 4-8 octobre 1932, Presse médicale, n° 84, 19 octobre 1932).
- Instrumentation. Indications. Technique et résultats dans les dysectaries du col vésical et dans l'hypertrophie prostatique (Lyon médical, n° 49, 4 décembre 1932).
- Electro-chirurgie endoscopique dans les dysectaries du col vésical (XXXII^e Congrès franç. d'urologie, Paris 1^{er}-8 octobre 1932).

- PIQUET et BONNECAZE. — Malformation congénitale du col vésical (J. d'urol., t. XXV, n° 2, février 1928, p. 159).
— Malformation congénitale du col vésical (Soc. franç. d'urol. 16 janvier 1928).
PISANI (L.). — La cosiddetta malattia del collo vescicale (Arch. ital. di anat. et istol. Pat. 2 : 197-222, janv. 1931).
RODRIGUEZ (Fr.-C.). — La dysectarie du col de la vessie (Thèse de Paris, 1932, Lib. Le François, 91, boul. Saint-Germain, Paris).
VINCENT (G.) et PERMENTIER (M.) — Deux cas de maladie du col vésical (J. des sc. méd. de Lille, 23 juil. 1933, n° 30).
— La maladie du col de la vessie (Journal de médecine de Lille, janvier 1934).
-

VU :

Nancy, le 28 Novembre 1935

Le Président de Thèse,

ANDRÉ

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 28 Novembre 1935

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

SPILLMANN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 29 Novembre 1935.

Le Recteur de l'Académie,

Président du Conseil de l'Université,

BRUNTZ

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Introduction</i>	5
<i>Historique</i>	7
<i>Observations</i>	9
<i>Etude anatomo-physiologique</i>	24
<i>Etude clinique</i>	31
<i>Traitement</i>	38
<i>Conclusions</i>	41
<i>Bibliographie</i>	42
